

ASSISTÊNCIA À GESTANTE DE ALTO RISCO EM AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO

Luísa Pereira Becker Delwing¹

Giselda Veronice Hahn²

Resumo: O objetivo da pesquisa foi analisar o atendimento oferecido por um ambulatório para gestação de alto risco localizado em Estrela cidade do interior do Rio Grande do Sul. Foram entrevistadas 10 gestantes que apresentavam intercorrência clínica e que realizaram consulta no Ambulatório de Atendimento de Gestante de Alto Risco (AGAR) do hospital, durante o mês de setembro de 2015. As gestantes apresentaram diferentes fatores de risco, sendo possível observar a variedade de condições apresentadas. As gestantes atendidas no AGAR e que participaram do estudo foram encaminhadas de Unidades Básicas de Saúde. O número de consultas realizadas com a equipe multiprofissional variou entre as gestantes de acordo com o fator de risco apresentado. Observou-se a importância desse serviço especializado tão importante para garantir a saúde das gestantes com gravidez de alto risco e de seus bebês.

Palavras-chave: Gestante. Gravidez de Alto Risco. Ambulatório Especializado.

1 INTRODUÇÃO

A gestação é um fenômeno biológico que gera mudanças na vida da mulher, sejam elas físicas, sociais e emocionais. É um momento muito importante na vida da mulher. A partir da constatação da gestação, independente se planejada ou não, existe uma série de cuidados a serem planejados e realizados. A gestação é vista com naturalidade, por ser uma questão cultural, mas exige cuidados (BRASIL, 2010).

A Política de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM) ampara as mulheres no direito ao pré-natal, que inclui exames, consultas e orientações sobre o local de atendimento e vinculação a este para o seu pré-natal e o parto (BRASIL, 2004).

O Governo Brasileiro tem assinado acordos e tratados internacionais. Na reunião da Cúpula do Milênio em 2000, Líderes de 191 países, inclusive o Brasil, assinaram um compromisso para diminuição da desigualdade e melhoria no desenvolvimento humano no mundo até 2015, por meio de oito iniciativas que foram denominadas de Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODMs) entre as quais destaca-se a redução de mortalidade materna. A redução da mortalidade materna no Brasil é ainda um desafio para os serviços de

¹ Acadêmica do Curso de Enfermagem da Univates. Email: ldelwing@universo.univates.br

² Enfermeira. Doutora. Professora do Curso de Enfermagem da Univates. Orientadora do estudo.

saúde e sociedade de um modo geral. As altas taxas encontradas se tratam de um grave problema de saúde pública, com maior incidência em mulheres das classes sociais com menor acesso aos bens sociais (BRASIL, 2009).

A mortalidade materna é uma das mais graves violações dos direitos humanos das mulheres, por ser uma tragédia evitável em 92% dos casos. No Brasil dois fatores dificultam o monitoramento da mortalidade materna, a subinformação das causas dos óbitos e o sub-registro das declarações de óbito. O preenchimento incorreto da declaração de óbito que acontece quando é omitido que a morte teve causa relacionada à gestação, parto ou puerpério (BRASIL, 2009).

As estatísticas sobre mortalidade materna têm sido apontadas como melhor indicador da saúde da população feminina e, conseqüentemente, a melhor ferramenta de gestão de políticas públicas voltadas para a diminuição dos índices ora apresentados. Durante todo século XX foram implementadas ações de prevenção para a redução dos níveis de óbito materno. Apesar de todos os esforços realizados, ainda no século XXI as mulheres morrem durante o ciclo gravídico-puerperal, com 90% destes óbitos de causas evitáveis e 99% ocorrendo em países em desenvolvimento (VIANA; NOVAES; CALDERON, 2011).

Promover a maternidade segura é compromisso do Ministério da Saúde (MS) e de todos os profissionais da área da saúde. Além de garantir o pré-natal e humanizar o atendimento, é preciso dedicar atenção especial a uma parcela de mulheres grávidas que são portadoras de doenças que podem se agravar durante a gestação ou que apresentarão problemas que podem ter sido desencadeados nesse período. Sabe-se que a maioria das mortes e complicações que surgem durante a gravidez, parto e puerpério são evitáveis, mas para isso é necessária a participação do sistema de saúde. A gestação na maior parte dos casos se dá sem intercorrências. Contudo, há uma parcela de gestantes que podem vir a sofrer algum agravo, desenvolver problemas ou apresentar maiores probabilidades de evolução desfavorável, tanto para o feto como para a mãe (BRASIL, 2010).

A atenção pré-natal é uma prioridade para o MS e enfatiza que seja primordial o bom atendimento às gestantes. Há evidências científicas de que a mortalidade materna e perinatal são influenciadas pelas condições de vida e pela qualidade da assistência obstétrica. Nesse contexto, essa associação entre a qualidade da assistência pré-natal e os indicadores de saúde da mulher é mais evidente quando se constata que 529.000 mulheres morrem a cada ano por

causas relacionadas com a maternidade em países em desenvolvimento, sendo que 80% dos casos se devem a causas obstétricas diretas, e que, para cada mulher que morre, muitas outras sofrem enfermidades que as incapacitam, de alguma forma, em sua vida produtiva e responsabilidades. Além do mais, podemos observar que quase quatro milhões de recém-nascidos morrem antes de completarem um mês de vida devido a complicações como prematuridade, baixo peso ao nascer e malformações congênitas (OLIVEIRA; MADEIRA, 2011).

Por isso, a OMS recomenda que os serviços de Atenção Básica e hospitalar desenvolvam ações de forma integrada e continuada em todos os ciclos da vida, de forma que a gestante e o neonato, especialmente aquele em situação de risco, sejam monitorados pela equipe de saúde (OLIVEIRA; MADEIRA; PENNA, 2011).

Embora as mulheres que apresentam problemas possam necessitar de procedimentos mais complexos, que só podem ser solucionados nos níveis secundários, terciários, com equipe de saúde e tecnologia sofisticadas, alguns casos também podem ser resolvidos no nível primário. A definição do nível de assistência necessário para a solução dos problemas dependerá do problema apresentado e qual intervenção será realizada. As normas de assistência devem permitir identificação precoce e adequada dos problemas que a gestante apresente, assim como os procedimentos diagnósticos e terapêuticos necessários, e em que nível de assistência aos mesmos serão realizados. Os fatores de risco gestacional podem ser prontamente identificados no decorrer da assistência pré-natal, desde que os profissionais de saúde estejam atentos a todas as etapas da anamnese, exame físico geral e exame ginecológico-obstétrico e podem ainda ser identificados por ocasião da visita domiciliar, razão pela qual é importante a coesão da equipe (BRASIL, 2010).

As Portarias nº 1.459 de 24/06/2011 e nº 650 de 05/10/2011, tem dentre seus objetivos avaliar e classificar a necessidade de aperfeiçoamento no que diz respeito ao atendimento e qualidade do pré-natal. Atenção à saúde da criança de 0 a 24 meses. Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil, reduzir mortalidade materna e infantil com foco no neonato. A Rede Cegonha é estruturada a partir de quatro componentes: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção à saúde da criança. Dentro dessa regulamentação o MS oferece exames de pré-natal, de teste rápido de gravidez e de detecção da sífilis e HIV, para o aumento e qualificação de leitos em UTIs adulto e neonatal e leitos de gestação de alto risco.

A Resolução 203/12, da Comissão Intergestores Bipartite, do Estado do Rio Grande do Sul, cria os Ambulatórios de Gestação de Alto Risco (AGAR), os quais devem atuar integrados ao Sistema Estadual de Referência Ambulatorial no atendimento à gestante e visam a redução de morbimortalidade materna e neonatal. Em seu artigo 3, dispõe que os AGAR deverão oferecer atendimento multidisciplinar, em regime ambulatorial às gestantes de alto risco ou que necessitem de acompanhamento periódico devido às doenças prévias ou próprias da gestação. O AGAR deve instituir a classificação de risco da gestação de acordo com as diretrizes do Manual de Gestação de Alto Risco do MS de outubro de 2010, ou de atualizações do mesmo. O acesso ao AGAR se dará através da Central de Marcação de Consulta Ambulatorial Estadual ou Municipal, preferencialmente no ambulatório de referência da sua regional.

No tocante ao atendimento ambulatorial à referida política orienta que os AGAR integrem o Sistema Estadual de Referência ambulatorial no atendimento à gestante. Definir que os AGAR, obrigatoriamente oferecerão atendimento multiprofissional em regime ambulatorial às gestantes de alto risco que necessitem acompanhamento periódico devido às doenças prévias ou próprias da gestação. O AGAR tipo I deverá dispor de equipe multidisciplinar de atenção à gestante de alto risco, aqui denominada e equipe fundamental ao AGAR, constituída necessariamente pelos seguintes profissionais: dois obstetras com experiência no atendimento à gestante de alto risco por turno de serviço; um médico clínico geral; um enfermeiro; um assistente social; um psicólogo; o serviço deverá prestar atendimento a toda gestante classificada como de alto risco.

Com base nas atuais informações o presente trabalho abordou sobre o tema do atendimento ambulatorial de gestantes de alto risco no Ambulatório de Atendimento de Gestante de Alto Risco (AGAR) de Estrela, cidade no interior do Rio Grande do Sul. Teve como objetivo analisar o atendimento oferecido por este ambulatório para gestação de alto risco. Também buscou conhecer a visão da gestante diante do atendimento oferecido. Para tanto baseou-se nos seguintes parâmetros: conhecer as expectativas das gestantes sobre o atendimento especializado; identificar como foi o encaminhamento ao serviço especializado; verificar como ocorre o cuidado a gestante no serviço especializado; verificar se a gestante adere às orientações fornecidas pelos profissionais do serviço;

Essa pesquisa buscou, como benefício, uma ampliação da visão por parte do público geral sobre o atendimento prestado pelos profissionais à gestantes de risco, de forma a contribuir para a melhoria do atendimento realizado nesse tipo de serviço.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva, do tipo estudo de caso, com gestantes de alto risco em acompanhamento pré-natal em Ambulatório de Gestação de Alto Risco (AGAR), localizado na cidade de Estrela, interior do Rio Grande do Sul. A relevância desse estudo está centrada na novidade do serviço de acompanhamento de gestantes de alto risco na região do Vale do Taquari. Com início das atividades em dezembro de 2013, o Ambulatório de Gestação de Alto Risco (AGAR) atende aos 37 municípios da região. Com isso os atendimentos que eram encaminhados a outras cidades, principalmente em Porto Alegre e região metropolitana, salvo casos específicos, podem agora ser realizados na própria região de moradia da gestante, evitando transtornos de transporte, estadia, entre outros.

A amostra foi constituída por 10 gestantes que apresentaram intercorrência clínica e realizaram acompanhamento no AGAR da referida cidade, durante o mês de setembro de 2015.

A coleta de dados foi feita mediante entrevista, utilizando, para isso, um roteiro norteador. As entrevistas foram realizadas individualmente, em uma sala privativa (sala de reuniões), localizada no mesmo setor do atendimento. As entrevistas foram gravadas e transcritas posteriormente. Cada entrevista durou em torno de trinta minutos. Os dados foram analisados por meio da análise de conteúdo segundo Bardin (2011).

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP), do Centro Universitário Univates, sob o CAEE nº 48007715.4.0000.5310. Após os trâmites legais, a pesquisadora fez contato com as gestantes do serviço especializado e as convidou a participar do estudo, explicando o mesmo. Após aceitação dos participantes, foi agendada a entrevista e, antes de iniciá-la, foi lido e explicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após isso, foi solicitada a assinatura do mesmo em duas vias, ficando uma via com o entrevistado e outra com o entrevistador.

3 RESULTADOS

O serviço pesquisado possui uma rotina de atendimento. Ao serem recebidas no AGAR, as gestantes são submetidas a uma consulta de enfermagem para levantamento do histórico de enfermagem e verificação dos sinais vitais. A partir do 1º encaminhamento é realizada a Monitorização da Pressão Arterial para todas as gestantes. Após, a gestante é encaminhada para consulta médica e acompanhamento nutricional com a nutricionista. Essa rotina se repete a cada atendimento, cuja periodicidade é definida de acordo com o fator de risco apresentado.

O serviço é de fácil acesso para suas usuárias, localiza-se junto ao Hospital Estrela, em Estrela/RS, é organizado, oferece um ambiente tranquilo e é equipado conforme a Portaria nº 1.459 de 24/06/2011 e a Portaria nº 650 de 05/10/2011 exigem. Ele funciona em horário comercial, de segunda à sexta-feira, com agendamento prévio de consultas. Os profissionais estão dispostos a esclarecer as dúvidas das gestantes e as orientam de maneira clara e de fácil entendimento.

Na tabela 1 são apresentados dados gerais a respeito das gestantes atendidas no AGAR. Foram entrevistadas 10 gestantes. A idade teve considerável variação (de 18 a 43 anos). Somente uma (10%), apresentou idade inferior a 20 anos, quatro (40%) tiveram idade entre 20 a 30 anos, três (30%) de 31 a 40 e duas (20%) acima de 41 anos. O número de gestações variou de uma a quatro por gestante, a idade gestacional (IG) variou de 20 a 36 semanas e duas gestantes apresentaram aborto anterior. A Tabela 1 discrimina essas informações.

Tabela 1 – Dados gerais

GESTANTE	IDADE	Nº GESTAÇÕES ANTERIORES	IG*	ABORTOS PRÉVIOS
01	28	2	20	0
02	31	2	21	0
03	18	1	31	0
04	21	1	34	0
05	34	3	23	1
06	25	1	36	0
07	41	3	22	2
08	43	4	34	0
09	32	3	33	0

10	23	3	26	1
----	----	---	----	---

* em semanas

As gestantes que participaram do estudo apresentaram diferentes fatores de risco ao serem encaminhadas para acompanhamento no AGAR. Na tabela 2, abaixo, é possível observar a variedade de condições apresentadas pelas mesmas. A diabetes *mellitus* gestacional foi o fator de risco preponderante (30% dos casos), seguido pela trombose linfática e idade materna acima de 35 anos (20% dos casos). Cabe observar que a hipertensão arterial sistêmica (HAS) foi encontrada em apenas uma gestante (10% dos casos).

As gestantes foram encaminhadas ao AGAR por profissionais que atuam em Unidades Básicas de Saúde (UBS). O número de consultas realizadas com a equipe multiprofissional do AGAR variou de acordo com o fator de risco apresentado. Prematuridade do feto, infecção urinária de repetição e 18 anos, diabetes *mellitus* gestacional associado à epilepsia, trombose linfática E diabetes *mellitus* gestacional associado à má formação fetal anterior foram os fatores de risco que demandaram maior acompanhamento das gestantes pelos profissionais. A tabela 2 apresenta esses dados.

Tabela 2 – Fatores de risco referidos pelas gestantes, origem do encaminhamento e nº de consultas realizadas no AGAR de acordo com a idade gestacional (IG)

GESTANTE	FATOR DE RISCO	ORIGEM	CONSULTAS REALIZADAS NO AGAR	IG*
01	Diabetes <i>mellitus</i> gestacional	UBS	02	20
02	Trombose linfática	UBS	12	21
03	Infecção urinária de repetição, 18 anos	UBS	19	31
04	Trombose linfática	UBS	02	34
05	Eritroblastose fetal ³	UBS	02	23
06	HAS e Obesidade	UBS	06	36
07	Idade >35 anos Dores e sangramento	UBS	02	22
08	Idade >35 anos Diabetes <i>mellitus</i> gestacional Má formação fetal anterior	UBS	09	34

³ Seu fator Rh é negativo, como teve o aborto deveria ter sido administrada a vacina Partogama SDF - imunoglobulina anti-Rho (D). Devido a não administração da vacina realiza o acompanhamento no ambulatório devido ao risco de Eritroblastose fetal.

09	Diabetes <i>mellitus</i> gestacional Epilepsia	UBS	14	33
10	Prematuridade do feto	UBS	22	26

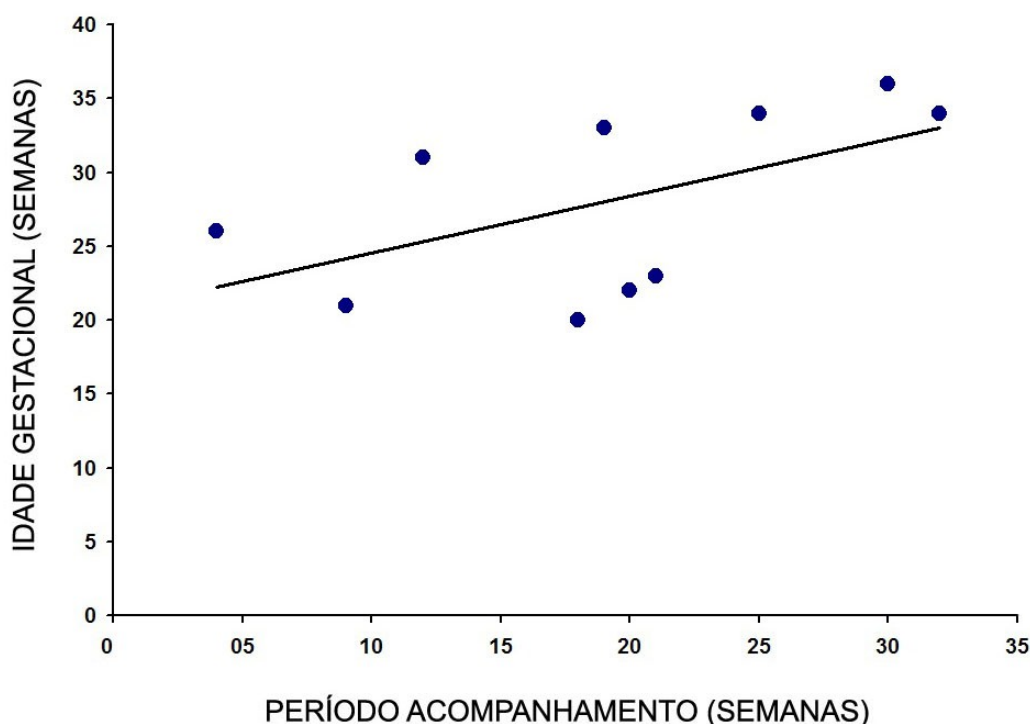
* em semanas

As gestantes que participaram do estudo foram encaminhadas para acompanhamento no AGAR por profissionais que atuam em Unidades Básicas de Saúde (UBS). O número de consultas realizadas com a equipe multiprofissional variou de acordo com o fator de risco apresentado. As seguintes incorrências: diabetes *mellitus* gestacional associado à epilepsia, infecção urinária de repetição e 18 anos, diabetes *mellitus* gestacional e má formação fetal anterior, e trombose linfática foram os fatores de risco que demandaram maior acompanhamento das gestantes pelos profissionais do AGAR. A tabela 3 apresenta esses dados.

Algumas gestantes realizaram um número maior de consultas devido ao fator de risco apresentado e ao período gestacional em que o mesmo manifestou-se. Algumas já tinham histórico prévio, sendo assim, iniciaram o atendimento especializado desde o início da gestação. Outras vieram a apresentar alterações no terceiro trimestre de gestação e então foi iniciado o acompanhamento. As consultas no serviço ocorrem de acordo com a conduta que o médico definir, de acordo com o fator de risco diagnosticado. As consultas podem acontecer uma vez por mês, duas vezes por semana ou ainda uma vez por semana.

Na Figura 1 é apresentada a relação entre a idade gestacional e o respectivo período de acompanhamento das gestantes. Por meio da linha de tendência traçada no gráfico é possível observar que quatro gestantes (01, 04, 05 e 07) possuem um período de acompanhamento reduzido em relação as outras seis (10, 03, 09, 02, 08 e 06) de acordo com a história prévia ou com o período gestacional em que surgiu o fator de risco.

Figura 1 - Relação Idade Gestacional x Período de Acompanhamento



3.1 Categorias qualitativas

Para a análise das entrevistas e o estabelecimento de categorias buscou-se na proposta de Bardin (2011), a forma de organização da subjetividade presente em perguntas abertas por meio de quatro etapas: pré-análise das informações, classificação, categorização e interpretação. As entrevistas foram gravadas e após transcritas para o papel para análise. Das respostas foram retirados os trechos relevantes que foram adaptados aos quadros.

Na primeira categoria analisada é apresentado o entendimento, por parte da gestante, sobre o diagnóstico - riscos envolvidos e cuidados necessários. A descrição dos indicadores levou em conta a ordem de 01 a 10 para a apresentação das gestantes.

Gest 1 - Diabetes gestacional: o bebê pode nascer com peso muito alto. Faço o teste do HGT que é o controle de glicemia capilar. Sei que há mais chance da gestante ter pré-eclampsia, que é a pressão alta.

Gest 2 - Trombose: uso de Enoxaparina. Esse medicamento é um anticoagulante (evita que o sangue se coagule dentro do vaso). Tenho cuidado com a alimentação. Caso contrário há risco de complicações na hora do parto como a hemorragia. Também uso uma meia compressiva.

Gest 3 - Infecção urinária de repetição: Sei que tem risco de um parto prematuro.

Gest 4 - Trombose linfática: um linfedema durante a gravidez significaria em um parto de emergência. E dependendo da idade gestacional o bebê não sobreviveria

por ainda não ter formado os pulmões. Também tenho que usar uma meia elástica, só que eu não consigo mais botar por causa da barriga, ela aperta.

Gest 5 - Eritroblastose fetal e causa desconhecida de aborto: tive aborto com três semanas na gestação anterior. Quero que o bebê e que nasça bem.

Gest 6 - Hipertensão arterial e obesidade: não sabia que haveria tanto risco para o bebê. Recebeu explicações sobre como agir e cuidados com a alimentação. Minha PA está controlada, sigo as orientações da nutricionista e estou engordando 1kg por mês.

Gest 7 - Idade >35 anos, dores com sangramento significativo e causa desconhecida de aborto: não faço uso de medicação, apenas tenho cuidados com alimentação e com a forma de agir durante a gestação.

Gest 8 - Idade >35 anos, diabetes gestacional e histórico de má formação gestacional: entendo os riscos e que o bebê pode ser prejudicado e que está ganhando muito peso. Entendi, logo no início, as orientações dos médicos e nutricionistas, sem problemas.

Gest 9 - Diabetes gestacional e epilepsia: faço o HGT pra controlar a glicemia capilar. Entendo e sigo as orientações. Faço uso de medicamento para epilepsia. Não uso insulina. Não tenho preocupação, pois não tenho convulsões há anos.

Gest 10 - Prematuridade do feto: considero-me bem instruída. Sei que não posso aumentar o peso corporal, e não devo realizar esforços e devo ficar em repouso. Mas não consigo fazer repouso.

Na segunda categoria analisada são apresentados os indicadores referentes às orientações da equipe multiprofissional de saúde, se estão sendo seguidas e se são relevantes para a gestante.

Gest 1 - Sim, é mais na alimentação mesmo de cuidar o que come.

Gest 2 - Sim, preciso cuidar a alimentação.

Gest 3 - Estou seguindo as orientações, mas não sei que medicamento é esse que estou fazendo tratamento.

Gest 4 - Sim, estou usando a meia elástica que me pediram.

Gest 5 - Eu tenho medo de perder novamente como foi antes com três semanas. Eu fico com medo e por isso que eu faço tudo direitinho como eles pedem e tudo "né". Eu quero ter esse bebê, que essa gestação seja boa e que meu bebê nasça bem. É isso sabe.

Gest 6 - Estou seguindo tudo. Fiquei muito culpada ao saber que não estava agindo certo "né". Eu não sabia que teria tanto risco para o bebê aí na primeira consulta aqui os médicos explicaram como era, o que é pra comer e não comer.

Gest 7 - Agora "tá" tudo bem, no início eu tinha medo. Mas agora "tá" tranquilo. Eles me explicaram tudo.

Gest 8 - Tranquilo, não tive medo, logo entendi as orientações da "nutri" e dos médicos. Eu sei que pode prejudicar o bebê, ele tá ganhando muito peso.

Gest 9 - Eu me preocupei se o bebê ia nascer com diabete por isso faço o controle de HGT e sigo as orientações. Pra mim foi uma novidade ter que passar por esse acompanhamento, pois mesmo tendo epilepsia nas outras gestações não precisei passar por isso. Mas é bom porque a gente aprende mais. Eu uso de medicamento para epilepsia e não preciso de insulina. Não tenho preocupação, pois não tenho convulsão há anos.

Gest 10 - O atendimento me ajuda, me instrui bastante. Eu já sei como é ter prematuro, mas sempre é bom ter o acompanhamento. Não posso pegar peso, não fazer esforço, ficar em repouso. Mas eu não consigo fazer repouso.

Na terceira categoria analisada é apresentada a percepção por parte das gestantes, da importância dos serviços prestados pelo AGAR relacionada ao papel de trabalhar com o medo e a insegurança gerados pela situação de risco.

Gest 1 - O serviço me ajuda muito para controlar a ansiedade, faço o possível pra tentar controlar. A princípio deu um pouco de medo, mas como não estou sentindo nada estou mais tranquila. No momento da realização do HGT (hemoglicoteste) fico tensa para ver o resultado e na verificação da pressão também fico ansiosa. O serviço é bom porque ajuda quem tem risco

Gest 2 - Aqui é bem legal, me sinto segura.

Gest 3 - Aqui os profissionais tem mais entendimento a respeito do meu problema

Gest 4 - O serviço é muito bom. "Acho que se eu não tivesse vindo para o AGAR meu filho teria nascido de 6 meses e talvez não estaria vivo hoje, porque a minha médica de lá (UBS) queria "tirar" ele antes. E as médicas daqui disseram que não, que "a gente" vai até o final.

Gest 5 - Eu acho mais seguro vir pra cá, sabe. Aqui a médica é ginecologista. Os médicos são apropriados pra isso. Tem nutricionista se precisar. Eu acho melhor vir pra cá.

Gest 6 - Eu acho bastante diferente do posto de saúde e pra mim é bem importante. Porque tu sabe que aqui tem profissional que já trabalha com isso e "tá" acostumado com esses casos, e aí te orienta e te ajuda certo. É bom o atendimento aqui.

Gest 7 - Eu acho que todo mundo deveria ter direito a esse atendimento.

Gest 8 - Da outra vez que tive gestação de risco eu tive que fazer acompanhamento em POA. Que bom que agora tem o ambulatório aqui. Eles são especialistas aí a gente se sente mais seguro.

Gest 9 - Pra mim foi uma novidade ter que passar por esse acompanhamento. Acho que todas as gestantes de risco deveriam ter um atendimento assim.

Gest 10 - O serviço é bom, me ajuda, me instrui bastante.

Também foram levantados dados sócio-econômicos das gestantes. Em relação à escolaridade 30% (03) das gestantes possuem o Ensino Fundamental completo, 40% (04) possuem até a 5ª série (6º ano) e 30% (03) gestantes possuem o 1º grau completo. Nenhuma gestante cursou o segundo grau. Em relação à renda, 40% (04) das gestantes tem renda de um salário mínimo, 30% (03) das gestantes relatam ter renda menor que um salário mínimo, 20% (02) das gestantes relatam ter renda um pouco maior que um salário mínimo. E 10% (01) das gestantes relata não possuir renda, pois o marido encontra-se preso, e diz ter ajuda de familiares do mesmo. Informou que fazia faxina, e como a gestação demanda cuidados relata não estar mais exercendo tal função.

4 DISCUSSÃO

A idade das 10 gestantes entrevistadas variou entre 21 e 43 anos. Em estudo semelhante com 12 gestantes de risco Dourado e Pelloso (2007), obtiveram uma variação de 21 a 42 anos. Em relação aos indicadores de gestação de alto risco que são classificados em biológicos, é observada, segundo Freitas e cols. (2011), como fator de risco a idade materna

menor que 16 anos ou superior a 35 anos, e segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) uma idade maior que 35 anos; ou idade menor que 15 anos ou menarca há menos de 2 anos. No presente estudo nenhuma gestante possui idade inferior a 18 um anos e apenas duas (20%) possuem idade superior a 35 anos com 41 e 43 anos respectivamente. Xavier e colaboradores (2013), em estudo descritivo sobre o perfil de risco reprodutivo de 3.440 mulheres matriculadas em um serviço de pré-natal de alto risco, associaram à idade materna acima de 35 anos, uma renda familiar mais elevada.

O número de gestações variou de 01 a 04. O número de gestações observados foi de três (3) em 40% (4 gestantes), uma (1) em 30% (3 gestantes), duas (2) em 20% (2 gestantes) e quatro (4) em 10% (1 gestante). No estudo de Dourado e Pelloso (2007), a maioria de 58,3% (7) estavam vivenciando a gestação, no mínimo, pela terceira vez. Número semelhante foi relatado no estudo de Xavier e colaboradores (2013), onde 43,9% referiram duas (2) ou três (3) gestações, 33,5% referiram uma gestação e 22,6% referiram quatro (4) ou mais gestações.

No estudo de Dourado e Pelloso (2007), os motivos de agendamento no pré-natal de alto risco foram variados, entretanto, houve a predominância da hipertensão arterial presente em 66,6% (8) dos casos. No presente estudo apenas uma (10%) gestante possui a HAS como fator de risco. Esta intercorrência pode sofrer positiva influência da educação em saúde e, portanto, tal fato pode ser explicado pelo atendimento prestado pelo AGAR onde a partir do 1º encaminhamento é realizada a Monitorização da Pressão Arterial (MAPA) para todas as gestantes, além do encaminhamento para a consulta médica e acompanhamento nutricional com nutricionista.

A hipertensão arterial é a complicação mais frequente na gestação, ocorrendo em 5 a 10% das gestantes, e é responsável pelo maior índice de morbimortalidade materna e perinatal. É a primeira causa de mortalidade materna chegando a 35% dos óbitos decorrentes de eclâmpsia, hemorragia cerebral, edema agudo dos pulmões, insuficiência renal aguda e coagulopatias. O diagnóstico precoce e tratamento adequado são fundamentais. Para que seja diagnosticado hipertensão na gravidez os níveis da Pressão Arterial (PA) devem ser de PA sistólica de 140mmHg e a diastólica de 90mmHg, essas devem ser persistentes para serem consideradas hipertensão. Os objetivos principais na hipertensão são o controle da mesma para prevenir hemorragia cerebral, minimizar prematuridade e diminuir efetivamente os riscos para mãe e o bebê (FUSTINONI, 2006).

Além dos níveis de PA deve ser levado em consideração também a idade gestacional (IG), paciente com mais de 20 semanas de gestação e previamente normotensa. Os distúrbios hipertensivos são classificados em pré-eclâmpsia (PE) leve e grave, e eclâmpsia. A PE é uma doença hipertensiva específica da gestação que ocorre principalmente na primeira gestação e nos extremos da idade materna. A presença de PE, independente de sua gravidade, determina risco para mãe e risco fetal. É caracterizada por hipertensão, edema e proteinúria. A eclâmpsia é quando a paciente apresenta, além das manifestações anteriores, convulsões motoras. Em gestantes com PE as convulsões não são causadas pelo sistema neurológico. As convulsões podem acontecer até 48 horas depois do parto. As pacientes que permanecem hipertensas após 12 semanas são classificadas como hipertensas crônicas e caso voltem ao normal são classificadas como transitórias (FUSTINONI, 2006).

Segundo Freire & Tedoldi (2009), a maioria das hipertensas de baixo risco não necessitam de medicação anti-hipertensiva durante a primeira metade da gestação devido à redução fisiológica da PA neste período. O tratamento deve ser iniciado quando ocorrer aumento pressórico que possa provocar complicações maternas, como AVC, insuficiência cardíaca ou insuficiência renal. O objetivo do controle gestacional é manter a pressão arterial sistólica (PAS) entre 140-150 mmHg máximos e a pressão arterial diastólica (PAD) entre 90-100 mmHg máximos. Entretanto, gestantes que já apresentam lesões de órgãos-alvo como insuficiência renal, diabetes *mellitus* com comprometimento vascular, ou disfunção ventricular esquerda, e níveis pressóricos nem tão elevados, podem ter um agravamento dos órgãos afetados durante a gestação.

As causas da hipertensão gestacional não estão devidamente esclarecidas, mas tais distúrbios podem ser muito nocivos para a gestante e o bebê. Na PE os sinais mais importantes são a PA alterada e nível alto de proteinúria, que é a presença de proteína na urina, esses sintomas podem passar despercebidos pela gestante. Caracteriza-se por vasoespasmos, redução de volemia e ativação do sistema de coagulação. O feto pode ser gravemente afetado pela má perfusão. A PE leve pode rapidamente evoluir para uma PE grave e assim evoluir para eclâmpsia causando o deslocamento prematuro de placenta, insuficiência renal e ou hepática, edema pulmonar e hemorragia cerebral (FUSTINONI, 2006).

A PE leve pode ser tratada em casa com repouso e a gestante é orientada a ficar o máximo de tempo em decúbito lateral, melhorando o fluxo sanguíneo uteroplacentário. Se o tratamento domiciliar não for eficaz a gestante terá que ser hospitalizada até que estabilize

seus sintomas. A PE grave que se manifestar subitamente deve ser tratada de maneira agressiva, pois impõe uma ameaça ao feto e a mãe. O atendimento consiste em estabilizar a PA e prevenir convulsões, pois as mesmas podem ser fatais. Serão usadas medicações conforme os sintomas e a conduta médica será definida de acordo com suas particularidades (FUSTINONI, 2006).

Mulheres que são acometidas por hipertensão arterial sistêmica (HAS) na gestação devem ser submetidas a um acompanhamento logo após o parto e ser devidamente orientada sobre os riscos de uma futura gestação e de um possível desencadeamento de doenças cardiovasculares (BRASIL, 2010).

Nesse estudo o fator de risco preponderante foi o diabetes *mellitus* gestacional em três (3) das 10 gestantes (30% dos casos). Massucatti; Pereira; Maioli (2012), ao analisarem prontuários de 396 gestantes que realizaram o pré-natal em Unidades Básica de Saúde constataram em 23 (5,8%) o diagnóstico de Diabetes Gestacional com valores superiores a 92 mg/dL de Glicemia de Jejum. Segundo Maganha e cols. (2003), a incidência do diabetes *mellitus* é variável, estimada em 3% a 8% das gestantes. Mesmo sem resultados diretamente relacionados ao alto risco, devemos nos basear em Paes (1998), que ressalta a importância clínica dos resultados em detrimento dos resultados estatísticos. Segundo a autora, os resultados e o diagnóstico fisiológico do indivíduo não deve ser julgado pela estatística, e sim, pelos profissionais da área em que a pesquisa está sendo feita.

A diabetes gestacional é a intolerância aos carboidratos de qualquer intensidade que indica ou é reconhecida pela primeira vez na gestação, podendo persistir após o parto. O diagnóstico se faz a partir de alguns fatores, sendo eles: idade igual ou superior a 35 anos; sobrepeso e obesidade; antecedente de diabetes gestacional; malformação fetal em gestação anterior; síndrome de ovários policísticos; hipertensão; crescimento fetal excessivo ou polihidrâmnio. É rotina no pré-natal as gestantes realizarem teste de glicemia no início da gestação, antes das 20 semanas. O rastreamento é positivo quando o nível de glicose plasmática em jejum for igual ou superior a 85mg/dl. O rastreamento deve ser confirmado através de um novo exame, o Teste oral de tolerância à glicose (TOTG). A gestante será submetida, em jejum, a ingestão de 75 gramas de glicose diluídos em 250 até 300 ml de água, após uma hora da ingestão deverá ser realizado nova coleta sanguínea e após a segunda hora a coleta deve ser repetida. Os resultados maiores ou iguais a 95, 180 e 155mg/dl respectivamente confirmam o diagnóstico de diabetes gestacional (BRASIL, 2010).

O tratamento da diabetes gestacional consiste em promover a evolução normal da gestação. O atendimento pré-natal deve ser realizado por equipe multidisciplinar preparada para a assistência de complicações materna e fetal. É de vital importância que orientações referentes a nutrição, atividade física e monitorização metabólica sejam dadas às gestantes. As gestantes com diabetes devem seguir uma dieta fracionada, mas que preencham suas necessidades sem causar hipoglicemia, hiperglicemia pós-prandial, ou aumento excessivo de peso. A glicemia deve ser controlada rigorosamente, 5 vezes ao dia, por meio do Haemoglicoteste (HGT). Quando o tratamento não for eficaz através do controle da dieta, a gestante passará por avaliação para iniciar o uso de insulinoterapia, cujas dosagens são individualizadas para cada caso, sendo um esquema que atenda as necessidades da paciente em questão. O uso de antidiabéticos orais não é recomendado para gestantes (OPPERMANN; REICHELT, 2010).

Uma das complicações mais comuns no bebê ocasionadas pela diabetes gestacional é a macrosomia fetal, quando o recém-nascido (RN) pesa entre 4.000g e 4.500g. Ao nascerem, estes bebês tem um tamanho desproporcional dos ombros, tronco e tórax, ou seja, aumentados, sendo assim, as chances de cesarianas são maiores devido ao risco de distocia de ombro, podendo causar fratura de clavícula no RN. As gestantes podem apresentar cetoacidose metabólica devido à hiperglicemia (CASHION, 2013).

No pós-parto os níveis de glicemia devem ser controlados durante dias. Na maioria das vezes as mulheres com diabetes gestacional não fazem mais uso de insulina. É importante passar por uma avaliação após seis semanas do pós-parto, repetindo o TOTG 75 para o diagnóstico da diabetes após gestação, algumas se tornam diabéticas em até 10 anos após a gestação ou logo após a gestação (BRASIL, 2010).

Na Figura 1, quando relacionamos a idade gestacional com o período de acompanhamento (nº de consultas) baseados nos resultados da Tabela 2. Por meio da linha de tendência traçada no gráfico é possível observar que quatro gestantes (01, 04, 05 e 07) possuem um período de acompanhamento reduzido em relação as outras seis (10, 03, 09, 02, 08 e 06). Aqui cabe o esclarecimento de que as gestantes abaixo da linha de tendência não estão em desatenção ou tiveram um atendimento tardio, mas sim que, foram encaminhadas pelas UBS de acordo com a história prévia ou com o período em que surgiu o fator de risco.

Isto se evidencia na explicação do Ministério da Saúde (2010), que a presença de um ou mais fatores de risco, na maioria dos casos, indicam a necessidade de maior atenção da equipe de saúde a essas gestantes, realizando consultas e visitas domiciliares com maior frequência, com intervalo definido de acordo com o fator de risco identificado e a condição da gestante no momento. Além disso, esta equipe de saúde deve estar atenta aos fatores de risco e identificar o momento em que a gestante necessitará da assistência especializada ou de interconsultas com outros profissionais (BRASIL, 2010).

Também Freitas (2006), explica que a identificação de gestantes de alto risco faz com que a equipe disponha de instrumentos discriminadores no processo de recomendar, gerar e proporcionar cuidados à saúde possibilitando avaliações no processo de referência e contrareferência. A triagem das gestantes de alto risco é realizada no serviço de origem, ou seja, na Unidade Básica de Saúde (UBS) onde a mesma iniciou o pré-natal. Deve-se perceber qualquer exposição de risco já na primeira consulta do pré-natal e constatar o quanto podem influenciar negativamente na gestação. A assistência no pré-natal deve ser de qualidade, o profissional deve conhecer e entender a gestante deixando a mesma falar sobre seus medos e anseios já que é uma fase de muitas mudanças físicas e psicológicas, o profissional deve debater e num discurso de fácil entendimento deve esclarecer as dúvidas e expor os cuidados que essa gestante precisa ter, para que a mesma possa ser tranquilizada diante dessa situação.

Em relação às categorias qualitativas: entendimento sobre o diagnóstico apresentado, percepção da importância dos serviços prestados pelo AGAR e orientações da equipe multiprofissional de saúde ficou evidenciada a qualidade de serviço que pode ser prestado por um serviço especializado na condução da gravidez de alto risco. Em primeiro lugar foi citado, talvez, o mais importante fator em conjunto com o tratamento, que é a questão da segurança e tranquilidade que o serviço passa à gestante. O fator psicológico positivo melhora os sintomas de uma gravidez de risco. Caldas e colaboradores (2013) reforçam a idéia do acompanhamento psicológico quando apresentam o atual modelo de assistência pré-natal, que torna-se cada vez mais humanizado e qualificado, como preconizado pelas políticas públicas de saúde. O bom atendimento afeta positivamente a assistência pré-natal nas gestações de alto risco, as quais apresentam maiores chances de resultado desfavorável para mãe e o bebê em níveis orgânico, emocional e relacional.

O segundo fator citado pelas gestantes como qualificador foi a importância de se ter profissionais capacitados para essas situações, resultado também da multidisciplinaridade da

equipe. Em estudo semelhante, Massucatti; Pereira; Maioli (2012) observaram que a prevalência do diabetes *mellitus* gestacional nas Unidades Básica de Saúde apresentou uma frequência de 5,8%. No entanto, em nenhum momento observou-se que as gestantes tiveram acompanhamento nutricional. Massucatti; Pereira; Maioli (2012), afirmam que o nutricionista tem papel fundamental na prevenção e tratamento do diabetes *mellitus* gestacional, juntamente a outros profissionais da área da saúde, com o objetivo de controlar a glicemia e evitar problemas futuros tanto para a mãe como para o bebê.

Maganha e colaboradores (2003) observaram bons resultados em relação ao crescimento fetal, com a restrição calórica baseada no peso da paciente e realizado sob supervisão profissional. Também ocorre melhora dos controles glicêmicos e da hemoglobina glicosilada, após três semanas com a dieta e programa de exercícios assistidos.

Tal fato se evidencia ainda mais quando comparado a estudos que tiveram como tema caracterizar o atendimento pré-natal na Rede Básica de Saúde. Isso pode ser observado no relato de Costa e colaboradores (2013):

Os resultados evidenciaram inadequações relacionadas ao início tardio do pré-natal, à realização da ultrassonografia e à baixa participação em atividades educativas. O índice de Kessner modificado por Takeda indicou baixo nível de adequação do pré-natal (35%). Identificou-se a necessidade de promover intervenções em saúde para melhorar o acesso precoce das gestantes ao pré-natal e monitorar o cumprimento dos protocolos assistenciais preconizados para garantir uma prática segura de cuidados à saúde durante a gestação, parto e puerpério (COSTA e cols., 2013, p. 516).

O estudo de Costa e colaboradores (2013) apontou um índice de 35% de adequação da atenção pré-natal. A avaliação, dos indicadores de qualidade da assistência pré-natal estabelecidos pelo Programa de Humanização do Parto e do Nascimento (PHPN), evidenciaram a inadequação dos indicadores início do pré-natal, número de ultrassonografias e participação em atividades educativas. Para os autores, os profissionais de saúde deveriam adotar uma postura de educadores que compartilham saberes, promovendo ações de educação em saúde não apenas como estratégia para intervenção na doença, mas principalmente, para a manutenção e recuperação do estado de saúde da gestante no pós-parto.

Outro fator está na localização do serviço na própria região de residência das gestantes, o que facilita o atendimento em muitos aspectos: facilidade do acesso com redução das distâncias percorridas, redução do tempo para o atendimento, e principalmente, o descongestionamento dos atendimentos na capital Porto Alegre. E as próprias gestantes

relataram, como visto na terceira categoria analisada, a segurança e tranquilidade que lhes é transmitida por um serviço especializado localizado próximo a elas.

E em relação aos fatores sócio-econômicos ficou evidenciado, até o momento, que as gestantes que procuram o serviço do AGAR são de baixa renda (média de 1 salário mínimo) e baixa escolaridade. Tal fato pode ser explicado pela novidade do serviço na região, já que os encaminhamentos ocorreram, em 100% dos casos, via UBS. Xavier e colaboradores (2013), ao pesquisarem o perfil de risco reprodutivo de 3440 mulheres matriculadas em um serviço de pré-natal de alto risco, entre 2006 e 2008, e investigarem sua relação com renda familiar e situações de vulnerabilidade em saúde, observaram um perfil econômico de baixa renda das gestantes. Encontraram associações entre baixa renda familiar e malformações fetais, gravidez antes dos 15 anos e HIV. Já uma renda familiar mais elevada foi associada à idade materna acima de 35 anos, assim como translucência nucal alterada, ginecopatias e abortamento habitual. Concluíram que os resultados podem refletir a situação de vulnerabilidade de mulheres de baixa renda, como condições de saúde precárias e menor acesso e utilização de serviços de saúde.

Baseados em Xavier e colaboradores (2013), é possível supor que o perfil atual de baixa renda da gestante atendida pelo AGAR não seja apenas fator da novidade e pouca divulgação do serviço, mas que a gestante de renda superior procure serviços de convênios particulares e atendimento na rede particular de medicina.

CONCLUSÃO

O atendimento oferecido pela equipe que atua no ambulatório para gestação de alto atende ao preconizado pela legislação. O serviço é de fácil acesso às usuárias, organizado e equipado conforme a portaria exige. Funciona em horário comercial, de segunda a sexta-feira, com agendamento de consultas de acordo com o fator de risco e as necessidades apresentadas pelas gestantes. Os profissionais esclarecem as dúvidas e orientam as gestantes de maneira clara e de fácil compreensão.

As gestantes, em sua maioria, sabem dos riscos que correm, mas talvez não tenham o conhecimento da gravidade do mesmo. Todas realizam o acompanhamento e a maioria segue as recomendações que lhes são sugeridas. Entretanto, algumas gestantes demonstraram compreender o serviço como um pré-natal de rotina, o qual conta com médicos especialistas e

uma equipe multiprofissional, com nutricionista, enfermeira e assistente social e não como um serviço especializado em gestação de alto risco, que é de fato.

Com esse trabalho levantou-se a questão sobre a importância dos profissionais da saúde intervir junto às gestantes de alto risco por meio de educação em saúde para que esse quadro de desconhecimento e até mesmo de fatores de risco e suas complicações seja revertido. Hipertensão gestacional, diabetes gestacional e obesidade são fatores evitáveis e se controladas podemos intervir de maneira positiva reduzindo a mortalidade materna e neonatal e todas as complicações acarretadas por tais fatores de risco.

REFERÊNCIAS

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 1. ed. São Paulo: Edições 70. 2011. 229p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional da Saúde. Portaria nº 766, de 21 de dezembro de 2004. Brasília, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2004/prt0766_21_12_2004.html>. Acessado em: 15 mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno. 1. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 84p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidem_obito_materno.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico. 5. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010. 302 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf>. Acesso em: 03 abr. 2015.

BRASIL. Ministério Da Saúde. Conselho Nacional da Saúde. Portaria nº 1459 de 24 de junho de 2011. Brasília, 2011. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acessado em: 23 mar. 2015.

BRASIL. Ministério Da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 203/12 de 14 de maio de 2012. Brasília, 2012. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/1339445690_cibr203_12.pdf>. Acessado em: 18 abr. 2015.

CALDAS, Denise B. e colaboradores. Atendimento psicológico no pré-natal de alto-risco: a construção de um serviço. **Psicol. hosp.** São Paulo, v.11, n.1, pp. 66-87, 2013.

CASHION, Kitty. Distúrbios Endócrinos e Metabólicos na Gravidez. In: LOWDERMILK, Deitra L.; et al. **Saúde da mulher e enfermagem obstétrica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013. 1024p.

CHEMIN, Beatriz F. **Manual da Univates para trabalhos acadêmicos**: Planejamento, elaboração e apresentação. 2. ed. Lajeado: Univates. 2012. 310 p.

COSTA, Christina S. C. e colaboradores. Características do atendimento pré-natal na Rede Básica de Saúde. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], v.15, n. 2, pp. 516-522, abr/jun 2013. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n2/pdf/v15n2a26.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2015.

DOURADO, Viviani G; PELLOSO, Sandra M. Gravidez de alto risco: o desejo e a programação de uma gestação. **Acta paul. enferm.** [online]. v.20, n.1, pp. 69-74. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/apv/v20n1/a12v20n1.pdf>>. Acesso em: 03 nov. 2015.

FREIRE, Cláudia M. V.; TEDOLDI, Citânia L. Hipertensão arterial na gestação. **Arq. Bras. Cardiol.** [online], vol.93, n.6, pp. 159-165, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v93n6s1/v93n6s1a17.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2015.

FREITAS, Fernando e colaboradores. **Rotinas em obstetrícia**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 904p.

FUSTINONI, Suzete M. Síndromes Hipertensivas na Gravidez. In: BARROS, Sonia M. O. **Enfermagem no ciclo Grávidico-puerperal**. 1. ed. São Paulo: Manole, 2006. 259p.

MAGANHA, Carlos A. e colaboradores. Tratamento do diabetes melito gestacional. **Rev. Assoc. Med. Bras.** [online]. 2003, vol.49, n.3, pp. 330-334. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v49n3/a40v49n3.pdf>>. Acesso em: 20. nov. 2015.

MASSUCATTI, Lais A; PEREIRA, Roberta A.; MAIOLI, Tatiani U. Prevalência de diabetes gestacional em unidades de saúde básica. **REAS**, v.1, n.1 , pp. 70-79, 2012. Disponível em: <<http://www.uftm.edu.br/revistaelectronica/index.php/enfer/article/download/329/279>>. Acesso em: 11 nov. 2015.

OLIVEIRA, Virgínia J.; MADEIRA, Anézia M. F. Interagindo com a equipe multiprofissional: As interfaces da assistência na gestação de alto risco. **Esc. Anna Nery** [online], v.15, n.1, pp. 103-109, jan./mar. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n1/15.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2015.

OLIVEIRA, Virgínia J.; MADEIRA, Anézia M. F.; PENNA, Cláudia M. de M. Vivenciando a gravidez de alto risco entre a luz e a escuridão. **Rev. Rene**, Fortaleza, v.12, n.1, pp. 49-56, 2011. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/108/36>>. Acesso em: 22 abr. 2015.

OPPERMANN, Maria L. R.; REICHELT, Angela Jacob. Diabete Melito e a Gestação. In: FREITAS, Fernando; et al. **Rotinas em obstetrícia**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. 904p.

PAES, Ângela T. Itens essenciais em bioestatística. **Arq. Bras. Cardiol.** [online]. v.71, n.4, pp. 575-580, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v71n4/a03v71n4.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2015.

VIANA, Rosane da C.; NOVAES, Maria R. C.; CALDERON, Iracema M. P. Mortalidade materna – uma abordagem atualizada. **Com. Ciências Saúde**, v.22 n.1, pp. 141-152, 2011. Disponível em: <http://www.esccs.edu.br/pesquisa/revista/2011Vol22_16mortalidade.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2015.

XAVIER, Rozania B. e colaboradores. Risco reprodutivo e renda familiar: análise do perfil de gestantes. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. v.18, n.4, pp. 1161-1171. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n4/29.pdf>>. Acesso em: 03 nov. 2015.